Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 10 — 11. Warszawa, Październik, Listopad 1930 r. Rok XXVI.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

OD REDAKCJI.

Po dłuższej przerwie, spowodowanej ferjami letniemi, oraz zbieraniem przez nas danych rzeczowych, przystępujemy ponownie do publikowania artykułów zainicjowanego przez nas działu homeoterapji nowoczesnej.

Zebrane od nas w międzyczasie dane od wszystkich niemal Kolegów świadczą dobitnie, że system homeoterapji nowoczesnej został przez nas ogólnie zrozumiany i szeroko wprowadzony do użytku praktycznego, co napawa nas otuchą, że Zawód nasz idzie stale z postępem wiedzy naprzód i według jej doniosłych wskazań niesie pomoc i ulgę cierpiącym i chorym.

Dumą nas tedy napawa fakt, żeśmy z czasopism medycznych pierwsi w Polsce wprowadzili do naszej praktyki medycznej system homeoterapji, tak bardzo dziś wzięty i ogólnie uznany przez największe powagi świata lekarskiego i, że dzięki temu daliśmy Kolegom nieszkodliwą, a nadzwyczaj skuteczną broń przeciw wielu chorobom, zwalczanym dotąd jedynie połowicznie i z niepewnemi skutkami.

Posiadane przez nas liczne głosy Kolegów o skuteczności leków homeoterapeutycznych zachęcają nas do dalszego publikowania prac naukowych z działu homeoterapji nowoczesnej, tembardziej, że chcielibyśmy wyczerpać rozpoczęty przez nas cykl i zachęcić tych nielicznych jeszcze z pośród Kolegów, którym pewną trudność sprawia porzucenie starych przyzwyczajeń do zapoznania się z najnowszym i najskuteczniejszym obecnie systemem leczniczym.

Równocześnie zwracamy się do wszystkich Kolegów z gorącym apelem, by zasilali dział homeoterapji nowoczesnej referatami z własnych spostrzeżeń, co będzie nowym i niezbitym dowodem naszego powszechnego dążenia do wiedzy i postępu.

Redakcja.

Ostry gościec stawowy u dzieci.

Podał *J. Bogdanowicz.*

Ostatnie dwa lata przyniosły wyraźny wzrost zainteresowania się reumatyzmem i pokrewnemi jednostkami chorobowemi. Przyczyn należy szukać nietyle w nowych zdobyczach naukowych w tej dziedzinie, czy też w nowych koncepcjach jej ujęcia — ile w wysunięciu się na plan pierwszy społecznej strony zagadnienia. Reumatyzm przestał być tylko interesującą jednostką patalogiczną, dotykającą pojedyńcze jednostki — przy bliższem poznaniu okazał się groźną klęską społeczną. Powodem tak późnego „zorjentowania się” w powadze zagadnienia było to, że choroba ta przynosiła krzywdę społeczeństwu ludzkiemu w odrębny sposób niż przypuśćmy inne „społeczne klęski“ — np. gruźlica. Reumatyzm nie zabija — on tylko obezwładnia, pozostawiał za sobą nie pobojowiska trupów — a kalek.

Dopiero też wznowione zainteresowanie się pracą ludzką, jej ekonomją, wydajnością, wykazało wielką liczbę ofiar reumatyzmu, cierpiących czy na chroniczne cierpienia stawowe, czy na powikłania — zwłaszcza w formie najgroźniejszej wad serca.

Częstość występowania wady serca już u dzieci: wynosiła według:

Birkhausa — do 5 l. — 0,1%
„ 7 l. — 0,25%
„ 12 l. — 0,7—0,8%.

Suttona—3% w wieku szkolnym (3500 bad. dzieci), przyczem przebyło gościec 6,6% wstępujących do szkoły a 25,7% występujących.

Norwegja—do lat 15-u przebyło gościec 0,08%.

Gordon	—do lat	5 — 0,1%	wad	serca
	„ „	7 — 0,2%	„	„
	„ „	12 — 0,7%	„	„
Rincing	„ „	5 — 0,4%	„	„
Norwegja	„ „	10 — 0,61%	„	„
	„ „	20 — 1,93%	„	„

Cahan — do lat 14 — w szkołach powszechnych 0,69% wad serca, w szkołach średnich 0,89% w. serca.

Anglja	szkoły powszechne	— 3,6%	wad	serca
Ameryka	„ „	— 3%	„	„
Polska	„ „	— 2%	„	„

Rezultatem podniesionego alarmu było skoordynowanie pracy prze utworzenie Międzynarodowego związku do walki z reumatyzmem. Związek

ten — zawiązany w 1918 r. w Berlinie — został powtórnie zaktywowany w 1927 r. z centralną siedzibą w Amsterdamie. Do Związku tego należy również Polska.

Związek międzynarodowy miał przed sobą niesłychanie wdzięczne lecz i rozległe zadanie. Może się przytem wydać dziwnem, wprawdzie nie lekarzowi, że przedewszystkiem musiał się zająć sprecyzowaniem samego pojęcia reumatyzmu, jako jednostki chorobowej — pod którą podciągane były w różnych krajach najróżnorodniejsze typy chorób jak pląsawica, reumatyzm ostry i chroniczny, dna, rumień guzowaty i t. d.

W niniejszym referacie ta strona zagadnienia zostanie pominięta i rozpatrywana będzie tylko bardziej sprecyzowana jednostka chorobowa — reumatyzm czyli gościec ostry w wieku dziecięcym, wraz z odmianą tego cierpienia — pląsawicą, z uwzględnieniem nietylko klinicznej strony zagadnienia ale i profilaktycznej i społecznej.

Etjologja gośćca ostrego.

Wysunięto tu ostatnio następujące teorje:

1) paciorkowcowo-bakteryjną, ewent. bakteryjno-oksyczną.

2) anafilaktyczną.

Teorja paciorkowcowego pochodzenia gośćca.

Obecnie wybitna większość badaczy stoi wyraźnie na gruncie bakteryjnego pochodzenia choroby. Gościec ostry rozwija się wyłącznie w związku z wtargnięciem do organizmu zarazka chorobotwórczego. Pozostaje tylko do uzasadnienia 1^0 — czy gościec ostry jest zależny do rozpowszechnienia się samego zarazka czyli, że jest bakterjemją lub septycemją, 2^0 — czy też od wydzielania przez żywe lub zabite bakterje — toksyn a więc jest toksemją — ewent. bakterjotoksemją, 3^0 — jaki typ zarazka] jest dla tej choroby specjalnym (paciorkowce) — czy też niema mowy o specyficzności zarazka, ale różne zarazki mogą wywołać gościec, wreszcie, 4^0 — czy sama choroba jest związana z pierwszem wtargnięciem zarazka do ustroju — czy też z uczuleniem przez tkwiące już przez czas jakiś w organiźmie bakterje w ognisku chorobowem (anafilaksja).

Reumatyzm ostry jest wywołany przez specyficzny gatunek paciorkowców—oto jest teza popierana przez tak wybitnych badaczy jak Poynon i Paine (właściwi twórcy) Coomps, Small, Lazares — Barlow, Weil, Bezançon i inni.

Na potwierdzenie tego służą fakty:

1) Obecność prawie 100% paciorkowców w gardle chorych na gościec.

2) Wyhodowanie tychże paciorkowców ze krwi chorych.

3) Podobieństwo (np. wahania 4-letnie śmiertelności, w przebiegu powikłaniach do innych chorób pochodzenia paciorkowcowego (róża, płonica, septicaemia, gorączka połogowa).

4) Obecność aglutynin we krwi pacjentów, opsonin i aglutynin w wyższym stopniu u rekonwalescentów.

5) Leczenie pozytywne surowicą końską, otrzymaną od koni odpowiednio przygotowanych przez zastrzyki paciorkowców pochodzących od chorych reumatycznych.

6) Ochronne działanie tejże surowicy u zdrowych.

7) Otrzymywanie odczynu odskórnego lub ogólnych objawów ostrego ataku reumatyzmu—przy stosowaniu szczepionek w dużym stężeniu.

8) Stwierdzenie zaraźliwości reumatyzmu i występowanie osobnych epidemji.

Do powyższego warto przytoczyć choćby wyniki Birkhausa — który stosując toksynę paciorkowcową z zarazków wyhodowanych z posiewów z gardła chorych na gościec — rozcieńczoną tak, jak to robimy dla odczynu Dicka—otrzymał u dzieci bez anamnezy reumatycznej (brak gośćca w rodzinie) 11—15% dodatnich odczynów, z anamnezą zaś pozytywną — 55 -- 67%. Wstrzykując do stawów lub do mięśni większą dawkę (1cm^3) tejże toksyny — pozbawionej bakterji — wywoływał ostry atak gośćca Podobne wyniki z streptococcus cardioarthritidis miał J. Small.

Mimo ustalonego stanowiska co do paciorkowcowego pochodzenia reumatyzmu — wśród zwolenników tej teorji występuje duża rozbieżność co do ustalenia typu paciorkowca. Inne cechy morfologiczne przyznaje mu Paynon, inne Small (str. cardioarthritidis) inne dalsi badane.

Francuski badacz Achalme popierany przez Bertranda, Thirloroix, Rozenthala, Tribouleta i innych uważają, że zarazkiem jest bacillus anaerbius — odkryty już przed 20 laty, przyczem i tu leczenie surowicą i szczepionkami miało dać znakomite wyniki.

Ta znaczna różnica zdań w ustaleniu typu paciorkowca —- nasunęła innym uczonym myśl, że wogóle niema specjalnego paciork. dla reumatyzmu a mamy tu do czynienia z uczuleniem na paciorkowce, przemawiałoby za tem:

1⁰ Różnorodność spotykanych typòw paciorkowców, przytem udawało się wyhodować różne typy paciorkowców nawet ze zmienionych tak specyficznie dla reumatyzmu tkanek jak guzki Aschoffa.

2⁰ Brak odporności po przebytej chorobie a skłonność do powtórnego zapadania — związane możliwie z istnieniem pierwotnego ogniska [(primaer herd) albo (jak twierdzą amerykanie) — w tkance limfatycznej — migdały, grucz. limfatyczne, wyr. robaczk. albo w zainfekowanej jamie ustnej, zęby, albo — w sercu (jak twierdzi szkoła francuska) nazywając

gościec „postępującym gośćcem sercowym"] — ale ogniska o typie banalnych typów paciorkowców.

3⁰ Występowanie uczulenia, związane z wtargnięciem pierwotnego zarazka do organizmu i wytworzenia ogniska pierwotnego, poczem każda następna infekcja — w formie angin, infekcji żołądkowych i t. p. spotyka organizm już uczulony i wywołuje nowy atak choroby.

4⁰ Niewystępowanie gośćca w organiźmie ludzkim może znaleźć wytłumaczenie przez

a) albo wytworzenie zupełne odporności po pierwszym wtargnięciu zarazka

b) wrodzoną odpornością wolne choroby.

5) Badanie krwi—występowanie stałe eozynochłonnych ciałek zwłaszcza w okresie ostrym choroby — nasuwało znowu analogje do wstrząsu anafilatycznego.

W etjologji klasyfikowania gośćca — nasuwają się pozatem liczne analogje z takiemi chorobami jak gruźlica, kiła, a to wobec a) występowania lokalnej infekcji z otaczającym stanem zapalnym i zajęciem grucz. limfatycznych, b) występowania zmian chorobowego — zdala od punktu wtargnięcia zarazku — stawy, mózg, narządy trawienia c) nawroty, zapadanie okresowe, d) występowanie odczynu obronnego, bliznowacenia guzków Aschoffa e) skłonność do spraw wysiękowych, do atakowania serca, naczyń.

Warunki zewnętrzne, sprzyjające reumatyzmowi.

Pomijając ostateczne rozwiązanie sprawy, czy mamy do czynienia z infekcją czy z anafilaksją — niepoślednią rolę w występowaniu reumatyzmu grają warunki otoczenia. Najrozleglejsze badania w tym kierunku przeprowadziła Anglja — wyznaczając specjalną komisję do ścisłego ustalenia tych czy innych przyczyn, „sprzyjających" reumatyzmowi. Do przyczyn tych należą:

1. Usposobienie rodzinne (dziedziczność?).

Wszystkie statystyki potwierdzają fakt, że częściej na reumatyzm zapadają dzieci rodziców, którzy chorowali lub chorują na reumatyzm.

Lawrance — wśród rodzin „reumatycznych" — w 50% dzieci są chore na reumatyzm (dwoje lub więcej);

Wilson — rodzice dzieci chorych w 40% chorzy byli na reumatyzm, zaś rodzeństwo w 28%;

Fuller — w wieku do lat 15 — dwa razy częściej występuje reumatyzm u dzieci rodziców chorych na reumatyzm, a do lat 30 — 7 razy częściej;

Achelon — dzieci rodziców reumatycznych — chorowały w 46%, zaś zdrowych w 19,4%.

Według danych kom. do spr. reumatyzmu w Anglji — rodzeństwo dzieci chorych na reumatyzm chorowało 5 razy częściej niż zdrowych, (11,7:2,2) zaś rodzice $1^{1}/_{2}$ raza (11,2:7,3) (ta częstość występowania reumatyzmu w rodzinach chorych — wyższa procentowo niż częstość gruźlicy w rodzinach gruźlików — nasuwa myśl zaraźliwości reumatyzmu). Cały szereg innych badaczy (Weil, Bezançon, Loevellyn i inni — powierdzają powyższe dane).

2. Czynnik konstytucjonalny.

Badania w tym kierunku mało są posunięte — mają one jednak niesłychane znaczenie w akcji zapobiegawczej — tylko bowiem znając typy dzieci specjalnie skłonnych do reumatyzmu — możemy nad niemi roztoczyć właściwą opiekę. Dotychczasowe badania wysuwają na plan pierwszy następujące cechy dziecka pre-reumatycznego:

a) ogólna hypoplazja ustroju;
b) obecność cech degeneracyjnych;
c) niedomoga lub zaburzenia ze strony gruczołów wydzielania wewnętrznego (tarczyca);
d) zaburzenia ze strony układu autonomicznego;
e) wrażliwość i podatność tkanek: limfatycznej, noso-gardzieli, stawów, mózgu i serca.

Dr. Wining i Dr. Wear (z Leeds) dają własną sylwetkę dziecka pre-reumatycznego:

a) emocjonalność i nadmierna inteligencja;
b) zaburzenia ze strony układu nerwowego (strach nocny, bezsenność, moczenie nocne, bóle głowy i nerwowość;
c) zaburzenia ze strony narządu pokarmowego (brak apetytu wolne, śluzowe stolce lub zaparcie, bóle brzucha i t. d.
d) duże migdałki, obecność adenoidów, złe uzębienie;
e) słaba budowa ciała, krzywica, objawy degeneracji.

Powyższe objawy jednak mogą świadczyć już nie o „skłonnym" dziecku do reumatyzmu — ale wprost o utajonym reumatyźmie. Typ powyższy dziecka zbliża się do dziecka neuro-artretycznego lub ze skazą wysiąkową.

3. Działalność gruczołów wydzielania wewnętrznego i układu autonomicznego.

Według Pembertona, Thomsona, Browna i innych u osobników, którzy chorują na ostry reumatyzm — spotykamy:

1) dysfunkcję tarczycy (hypo lub hyperfunkcję); (z objawami: poty, tachy — lub bradycardją, drżenie kończyn, powiększenie tarczycy, zmianami w ciśnieniu krwi.

2) zaburzenia ze strony układu autonomicznego.

3) obniżoną o 20% przemianę podstawową materji, obniżoną tolerancję na cukier, zmniejszoną odporność wątroby.

4. Warunki społeczne i mieszkaniowe.

Nowsze badania komisji angielskiej — zdają się zadawać kłam dość rozpowszechnionemu mniemaniu — że reumatyzm jest „chorobą proletarjatu". Sumiennie zebrane statystyki nie potwierdzają tego faktu. W rozpowszechnieniu się reumatyzmu nie odgrywają zdaje się roli ani brud, ani ciasnota mieszkaniowa, ani warunki ekonomiczne (gorsza lub lepsza odzież, obfitsze lub skąpsze odżywianie i t. d.). Pewną rolę zdaje się ma odgrywać wilgoć, choć i ten czynnik jest kwestjonowanym. Pewną też może rolę odgrywa położenie dzielnicy w bliskości rzeki. Czynnik ciepła i zimna też ma odgrywać tylko nieznaczną rolę. Wbrew tym twierdzeniom inni autorzy — kładą nacisk na następujące zwłaszcza czynniki społeczno-ekonomiczne.

1) ubóstwo

2) zamieszkiwanie miast fabrycznych

3) wilgoć i zimno w mieszkaniach.

Reumatyzm ma być chorobą nie najuboższych — a t. zw. średniego ubóstwa, (klasy drobnych rzemieślników, służby, dozorców i t. d).

5. Rasa, klimat, pora roku, wiek, płeć, tryb życia pożywienie.

Różnice rasowe w ustosunkowaniu do reumatyzmu nie są ustalone — prawdopodobnie rasy anglo-saskie mają małą odporność (specjalnie Anglja).

Co do klimatu — reumatyzm spotykamy wszędzie — nawet na równiku i w okolicach polarnych. Najczęściej reumatyzm występuje w północnych krajach w styczniu, w Anglji — w listopadzie, w Niemczech, Szwajcarji — zimą i wiosną.

Do lat pięciu reumatyzm jest rzadkością — potem szybko się nasila i w wieku szkolnym jest względnie częstym (specjalnie okres dojrzewania — może w związku z zaburzeniami w działalności tarczycy) — różnicy co do płci niema, za wyjątkiem pląsawicy — na którą dziewczęta zapadają 2 — 3 razy częściej.

Siedzący tryb życia i pożywienie obfite w węglowodany — mają również usposabiać do reumatyzmu (analogja z płonicą).

Gościec stawowy u dzieci według materjału zebranego za rok 1913 — 1928.

(Szpital im. Karola i Marji dla Dzieci).

Dotychczas w Polsce nie mamy zebranych żadnych danych dotyczących gośćca u dzieci i spotykamy tylko pewną liczbę spostrzeżeń w stosunku do pląsawicy. (Pedj. Polska. 1928. Łódź — dane ze szpitala Anny

Marji). Ponieważ prawie wszyscy autorzy mówiąc o gośćcu ostrym u dzieci— podkreślają jako wyróżniające cechy — poza małym udziałem stawów, krótkotrwałym przebiegiem cierpienia, skłonnością do nawrotów przedewszystkiem częstość powikłań ze strony serca (co właśnie stanowi główne niebezpieczeństwo choroby) — zebrałem dane dotyczące występowania wady serca u młodzieży szkolnej — na zasadzie ogłoszonych danych przez Min. Oświaty, (dr. Kopczyński) i własnych — z kart szkolnych 2 szkół, za zgórą 10 lat (7000 dzieci) — dane te się zbiegły — odsetek z wadą serca wynosi około 2% (wyższy nieco dla młodzieży szkół powszechnych — niższy dla szkół średnich) — co odpowiada mniej więcej danym zagranicznym (Anglja i Ameryka). Przyjąwszy że 80% tych przyp. ma punkt wyjścia w przebytym gośćcu mamy 1,6% wad serca — co przy z górą trzech miljonów młodzieży szkolnej — daje koło 50.000 dzieci — w tym czy innym stopniu inwalidów.

Cyfra ta jeszcze raz wymownie podkreśla konieczność żywego zainteresowania się sprawą reumatyzmu. Przechodząc teraz do danych zebranych ze szpitala im. Kar. i Marji w Warszawie — trzeba się odrazu zastrzec, że wykorzystanie kart szpitalnych było b. utrudnione. Jeżeli dla innych chorób mamy przeważnie ustalony kierunek zbierania wywiadów— czy prowadzenia badań, zindywidualizowany dla danej choroby — reumatyzm stale był traktowany dość po macoszemu — jako cierpienie o ustalonym przebiegu i terapji — stąd brak anamnezy co do wielu ważnych i interesujących szczegółów i konieczna ostrożność w wyciąganiu wniosków.

Do I-I. 1929 roku przeszło przez szpital koło 22.000 chorych (15 lat istnienia szpitala). Na te 22.000 — po odrzuceniu powtórnych i potrójnych, a nawet poszóstnych zgłoszeń tego samego chorego było 409 przyp. gośćca ostrego, pląsawicy i schorzeń serca związanych z reumatyzmem, (pominięte zostały 2 przyp. pląsawicy po płonicy, jeden po dyzenterji, przypadki gośćca mięśniowego, rumienia guzowatego, zapalenia opłucnej po reumatyzmie i przyp. purpurae rheumaticae.

Przypadki te dotyczyły prawie wyłącznie ludności ubogiej (zamożna zapewne leczyła się w domu) — przyczem 53 przyp. dotyczyły dzieci ze wsi — reszta była z Warszawy (300 p.) i Pragi (56).

Najwyższą liczbę zachorowań dały komisarjaty:

7-y=79 p.
22-i=54 „
3-i=45 „
2, 6, 6, 8, 11, 9, po 12 „
Mokotów 10
pozostałe resztę.

(Z powyższego wynika, że przypadków gośćca z komisarjatów z nad Wisły — było mało).

Na te 409 przyp. było:

pląsawicy — 107 p. w tem — 39 jednocześnie z bólami stawowemi
ostrego gośćca — 131
i cierpień sercowych po reumatyzmie — 186.

Częstość występowania schorzeń reumatycznych według wieku (wiek dzieci podany z karty przyjęć)

Chłopcy				Ogółem	Dziewczęta				Ogółem	Razem
Wiek	Chorea	Rheum.	Endoc. et Peric.		Wiek	Chorea	Rheum.	Endoc. et Peric.		
2	—	1	—	1	2	—	1	—	1	2
3	—	—	1	1	3	—	—	2	3	3
4	1	2	3	6	4	2	1	2	5	11
5	3	3	5	11	5	2	3	6	11	22
6	1	2	9	12	6	3	2	6	11	23
7	2	4	5	11	7	5	4	4	13	24
8	3	5	9	17	8	4	7	11	11	39
9	2	9	10	21	9	12	6	8	26	47
10	11	9	8	28	10	9	5	12	26	54
11	8	8	8	24	11	8	9	6	23	47
12	4	9	10	23	12	14	4	14	42	65
13	1	4	8	13	13	4	18	8	20	33
14	—	6	11	17	14	3	4	9	14	33
15	—	2	—	2	15	—	3	1	6	6
Ogółem . .				187	Ogółem . .				222	409

Częstość występowania schorzeń reumatycznych według wieku (według wywiadów co do pierwszego ataku choroby).

(chłopcy i dziewczęta razem)

wiek	Chorea	Rheumat.	Schorzenie serca	Razem
2	1	2	2	5
3	2	—	7	9
4	4	6	7	17
5	7	5	23	35
6	7	8	14	29
7	6	7	14	27
8	15	15	23	54
9	12	16	23	51
10	19	17	16	52
11	11	15	15	41
12	12	17	18	47
13	11	11	18	23
14	2	8	6	16
15	—	3	—	3
	102	131	176	409

Zachorowanie według miesięcy (zgłoszenie do szpitala a nie początek choroby).

	Ch.	R.	Endoc. +c.	
I.	16	21	21	46
II.	14	19	19	43
III.	11	14	14	39
VI.	6	15	15	35
V.	10	10	10	32
VI.	7	12	12	28
VII.	5	19	19	31
VIII.	2	19	19	29
IX.	5	16	16	29
X.	4	9	9	25
XI.	8	10	10	38
XII.	11	10	10	32

(Stosunek chłopców do dziewcząt).

	chł.	dziew.
Chorea	36	65
Rheum.	67	67
End + Vc.	87	89

Z powyższych danych wynikałoby, że:

1⁰ — od lat 5-ciu zaczyna się wyraźne wzrastanie liczby przypadków choroby — jakkolwiek liczba 31 przyp. do lat 5 — nie jest tak niską Charakterystycznym jest też wzrost w okresie 8—12 lat — a więc przed okresem dojrzewania — przyczem występuje objaw nieco wcześniejszego zachorowywania dziewcząt niż chłopców. Co do płci — to częstość zachorowywania na gościec stawowy i częstość występowania wad serca — są prawie jednakowe dla obu płci —różnica występuje dopiero w pląsawicy, gdzie stosunek jest prawie jak 2—1.

Biorąc pod uwagę miesiące zachorowań (o ile to dało się ustalić z kart) — największe nasilenie spotykamy zgodnie dla obu płci i wszystkich typów schorzeń — w okresie zimowym zwłaszcza w styczniu i lutym — jednakże odchylenia miesięczne są nieznaczne.

Zebrane dane, dotyczące warunków otoczenia dzieci wykazały:

1) dość znaczną ale nie specjalnie wielką liczbę wilgotnych mieszkań (117 wilg. na 119 suchych).

2) ogromne przeludnienie mieszkań (koło 4 osób przeciętnie na jeden pokój) — 69% dzieci śpiących po 2-oje lub 3 w jednym łóżku.

3) w związku z tym, pewnie, występuje znaczna śmiertelność, wynosząca (rodziny przeważnie o 5—7 dzieciach) po 2 zgony na rodzinę.

Dzieci przychodzące do szpitala są przeważnie dziećmi wątłemi i drobnemi. Waga ich i wzrost znacznie odbiegają od normy (przeciętnie

są niższe o 2—5 cm. i mniejszej wagi o 2—4 kg. nawet w zestawieniu z niskiemi normami (dzieci szkół powszechnych).

O małej wartości cielesnej dzieci chorych na gościec—co potwierdza przyjęte zapatrywanie, że częściej chorują dzieci mniej wartościowe, świadczy fakt występowania zboczeń takich jak — 2 przyp. impecalitas, jeden enuresis noctura, 3 histerji.

W materjale kart szpitalnych — jaki miałem do rozporządzenia nie daje się ustalić obecność częstego występownia gośćca i pląsawicy u dzieci ze skazą wysiękową czy neuroartretyczną. W każdym razie — „nerwowość" dzieci, które były w szpitalu — nie podlęga wątpliwości. Płaczliwe, nierówne usposobienie, skłonność do krzyku, specjalnie wyraźne objawy rozdrażnienia przy niedzielnych wizytach rodziców — wyróżniały te dzieci od innych. Naturalnie — specjalnie dotyczy to dzieci pląsowiczych.

Brak szczegółowych opisów budowy —nie pozwala również ustalić— do którego z typów konstytucjonalnych Sigaud możnaby zaliczyć dzieci gośćcowe — jednak obserwacja ostatnich przyp. szpitalnych oraz pewna liczba fotografji dzieci z lat dawnych—zdaje się przemawiać za częstszym występowaniem gośćca u dzieci typu mięśniowego (t. muscularis) ewent. trawiennego (t. digestivus).

Przemawiałyby też za tem rzadkość sądząc z materjału zebranego w szpitalu (nigdzie w literaturze obcej danych nie spotkałem) występowania gośćca u żydów, u których przeważa typ oddechowy i mózgowy.

Z materjału szpitala im. Karola i Marji na 307 przyp. gośćca i zmian w sercu po gośćcu było 17 przyp. gośćca u żydów (10 chł.—7 dz.) czyli tylko koło 6%, podobnież na 102 przyp. pląsawicy — tylko 5 przyp. dzieci żydowskich czyli 5% (2 chł. i dz.).

Zagadnienia te jednak wymagają kontroli na obszerniejszym materjale.

Na ciekawe zagadnienie dziedziczności czy usposobienia rodzinnego do reumatyzmu, względnie zaraźliwości domowej — trudno z kart dać odpowiedź — ze względu na znaczne luki w zebranych wywiadach i na rozmaite pojmowanie, zwłaszcza przez osoby mało inteligentne terminów reumatyzm, atretyzm, względnie nawet bólów stawowych, choroby serca i t. d., to też ze względnie wiarogodnych zebranych 300 wywiadów—mamy

28	przyp. podany reumatyzm	u ojca
7	„ „ „	u matki
6	„ „ „	u ojca i u matki
41	przyp. czyli 14%.	

Co do występowania jednoczesnego lub w różnym terminie tych schorzeń u rodzeństwa brak wszelkich danych. W 5-ciu przyp. do szpitala przyjęte było rodzeństwo w różnych latach (przyczem albo jedno i drugie na gościec, albo jedno na pląsawicę, drugie na gościec).

Homeoterapja w praktyce.

II.

Kiedy w numerze styczniowym „Przeglądu“ podałem kilka danych, mających udowodnić na podstawie ściśle naukowej, wybitną skuteczność preparatu Aurokard, nie przypuszczałem nawet, że równocześnie niemal nad sprawą synergizmu, lub synergetyzmu leków nasercowych przeprowadzane są bardzo szczegółowe badania, prowadzone na Uniwersytecie Krakowskim, przez Prof. M. Gatty-Kostyala i M. Obtułowicza. Badania te zostały przedstawione na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Polskiej Akademji Umiejętności, referowane następnie na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich, a ostatnio ogłoszone w formie artykułu naukowego w Nr. 2 i 3. Wiadomości Farmaceutycznych. Autorzy tej pracy po szczegółowem przedstawieniu metody badania, jak również i podaniu na szeregu tablic wyników badania — oświadczają, że uzyskane wyniki dowiodły w całej pełni słuszności teorji Buergiego.

Już sam fakt, że kombinacjami dawek drobinowych zaczęli się u nas zajmować najbardziej powołani przedstawiciele nauki ścisłej — świadczy dobitnie, o tem, że lecznictwo dawkami drobinowemi stanie się z czasem i u nas lecznictwem powszechnem, gdyż z jednej strony uwolni Lekarzy od obaw otruć lekarstwowych, z drugiej zaś strony da im leki skuteczne i zupełnie indywidualne.

Artykuł Prof. M. Gatty-Kostyal'a skłonił mnie do bliższego zajęcia się dalszym nasercowym kompleksowym preparatem homeoterapeutycznym, a mianowicie „Złotemi Kroplami“ Dr. Madausa.

W skład „Złotych Kropli“ (Essentia aurea) wchodzą: Aurum natrium chloratum, Strophantus, Camphora, Cactus grandiflorus, Crataegus oxyacantha, Tinctura Valerianae aetherea, oraz Corrigentia smaku.

O wpływie złota na choroby sercowe pisałem już w poprzednim artykule o „Aurokardzie“. Tu jeszcze jedynie zaznaczyć muszę, że ogólnie znany Profesor farmakologji Uniwersytetu w Monachium Dr. H. Tappeiner stwierdził, że środek ten (Aurum natr. chlor.), wstrzymuje nawet w rozcieńczeniu 1 : 1.000.000 zupełnie rozwój laseczników Kocha, a znany lekarz z Tibingen Dr. Schlegel podaje, że złoto działa niezawodnie skutecznie na wszelkie stany przygnębienia umysłowego, w przypadkach osłabienia mięśnia sercowego.

Strophantus (zaznaczam, że farmakopeja homeopatyczna rozumie pod nazwą wyciąg wyskokowy z dojrzałych nasion rośliny Strophantus hispidus D. C.) wzmacnia i reguluje czynność mięśnia sercowego, będąc równocześnie wybitnem diureticum.

Camphora (destylat z drzewa Cinnamomum L) jest ogólnie znana jako lek cucący który wzmacnia silnie działalność mięśnia sercowego i płuc, podnosi ciśnienie krwi i pośrednio wpływa na odpowiednie ukrwienie, a co zatem idzie czynność mózgu.

Ostatnio stwierdzono pozatem, że kamfora działa zupełnie swoiście na zapalenie płuc (co jest zresztą zupełnie farmakologicznie uzasadnione) a ponadto działa specjalnie na spotęgowanie działalności pozostałych składników leczniczych. Ostatni fakt został niedawno dzięki licznym badaniom klinicznym należycie stwierdzony.

Cactus grandiflorus (wyciąg ze świeżych pędów i kwiatu Cereus grandiflorus Miller) stanowi specjalnie tonicum dla mięśnia sercowego w przypadkach zapalenia osierdzia, objawiających się brakiem tchu arytmją pulsu, dusznością i uczuciem jakby ucisku serca.

Crataegus oxyacantha stosuje się specjalnie w przypadkach szybkiego męczenia się, objawiającego się biciem serca, przyspieszeniem i arytmią pulsu. Crataegus poleca się ponadto przy objawach kłucia w sercu, oraz objawach zastoinowych, manifestujących się kaszlem, dręczącym często sercowo chorych, ponadto przy zwapnieniu tętnicy wieńcowej, oraz przy dusznicy bolesnej.

Tinctura valeriana aetherea uzyskiwana z kłączy kozłka lekarskiego (Valeriana officinalis) posiada specjalnie własności pobudzenia mięśnia sercowego i jest powszechnie używanym środkiem przy wszystkich czynnościowych zaburzeniach serca.

Jak z powyższego zestawienia wywnioskować możemy, posiada Essentia aurea nadzwyczaj obszerny zaciąg leczniczy, nie wywierając dzięki drobinowym dawkom poszczególnych składników ubocznych.

Złote Krople znajdują zastosowanie i są niezastąpione w przypadkach osłabienia mięśnia sercowego, omdleniach po wysiłkach i wzburzeniach psychicznych, w przypadkach reumatyzmu stawowego z następczemi zachorzeniami serca, gruźlicy z wynędznieniem, przy bladaczce i bezkrwistości z objawami niedomogi rozmaitych organów wewnętrznych.

Wymienione powyżej wskazania nie wyczerpują jednak jeszcze zupełnie wskazań leczniczych „Złotych Kropli“ które okazały się np. niezastąpionym lekiem w chorobie morskiej, oraz niezwykle potężnym lekiem pomocniczym przy grypie, histerji, zaburzeniach sfery płciowej u kobiet neurastenji itp.

Skuteczność swą zawdzięczają „Złote Krople“ przedewszystkiem synergicznemu działaniu odpowiednio dobranych składników, farmakologicznie niemal podobnych, lecz o rożnem miejscu zadziałania. Długoletnie

doświadczenia potwierdziły na tym preparacie zupełnie teoretyczną zasadę, a o skuteczności preparatu zaświadczyć mogą tysiączne rzesze Ordynatorów całego świata którzy w praktyce swej „Złote Krople" mieli możność zastosować.

W. M.

Z oddziału Szp. Św. Łazarza w Warszawie.

(Odynalor: dr. W e r n i c).

O trudnościach rozpoznawczych w kile pierwszorzędnej i wartości leczenia poronnego.

Podał
Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

Poruszając w poniższym artykule kwestję praktycznego zachowania się lekarza wobec przypadków, gdzie rozpoznanie stwardnienia pierwotnego jest kwestją więcej niżli palącą, i biorąc pod uwagę odpowiedzialność, jaką lekarz bierze na siebie w wyrokowaniu o charakterze sprawy, nie od rzeczy będzie zastanowić się bliżej nad tokiem badania oraz zachowania się ze strony badającego.

Niewątpliwie każdy lekarz chorób wenerycznych słyszał, niestety, niepozbawione słuszności zarzuty, że pierwotnie lekarz zbagatelizował cierpienie i uśpił w ten sposób czujność chorego. Dopiero wybuch i ujawnienie się choroby sprowadzą pacjenta ponownie do lekarza, który ze ściśniętem sercem zmuszony jest wysłuchać słusznych zarzutów, skierowanych pod adresem niefortunnego rozpoznania jego kolegi.

Tam, gdzie mamy do czynienia z najczęstszą i najcharakterystyczniejszą postacią stwardnienia pierwotnego, a mianowicie, z *ulcus papulo-erosivum*, którego obrazu klinicznego, tak dobrze określonego, nie będziemy tu opisywali, często pierwsze uważniejsze zbadanie decyduje o rozpoznaniu. Trudniej sprawa przedstawia się w tych przypadkach, gdzie do czynienia mamy z kilkoma odmianami zjawiska pierwotnego. Zaliczymy tu *ulcus crustosum* lub *ecthymatosum*, usadawiające się najchętniej na skórze poza organami płciowemi (przy czynach lubieżnych), które może budzić trudności rozpoznawcze w różniczkowaniu z początkowym okresem liszajca; dalej *ulcus diphtericum*, *ulcus ganganteum*, *ulcus hypertrophicum giganteum*, zbliżone do spraw nowotworowych; bardzo rzadko spotykaną postać *ulcus petechiale*, wreszcie bodaj czy nie najtrudniejsze w sensie rozpoznawczym — *ulcus mixtum*.

Jeśli dodamy, że nacisk u podstawy wykwitu oraz obrzmienie miejscowych gruczołów chłonnych może mieć miejsce przy każdem banalnem, lecz wtórnie zakażonem uszkodzeniu skóry, że na częściach płciowych u mężczyzny sprawę często wikła stulejka zapalna, gdzie lekarzowi pozostaje tylko polegać na zmyśle dotyku — to uświadomimy sobie, dlaczego djagnostyka tej dziedziny natrafia na nieprzezwyciężone trudności.

Badając jakiekolwiek uszkodzenie na częściach płciowych i mając wątpliwości ze strony wywiadu, lekarz winien stale pamiętać, że prócz stwardnienia pierwotnego i wrzodu wenerycznego może mieć również do czynienia z owrzodzeniami gonokokowemi, z banalnemi, lecz zakażonemi nadżerkami pochodzenia urazowego, z opryszczką zakażoną lub leczoną środkami drażniącemi, z owrzodzeniami świerzbowcowemi, wreszcie z początkiem nabłoniaka. I jeśli nawet wszystkie dane przemawiają za odrzuceniem kiły początkowej, nie wolno zapominać, że każde uszkodzenie może stać się wrotami wejścia dla jadu kiłowego, który ujawni się później. Jeżeli zatem chory stykał się z jakiemkolwiek podejrzanem źródłem należy wytłomaczyć mu, że niezbędna jest kontrola lekarza podejmowana co 8 — 15 dni, przynajmniej w ciągu trzech miesięcy.

Niezmiernie często, zwłaszcza na początku sprawy, spotykamy się z przypadkiem, gdzie chorzy zgłaszają się z uszkodzeniami o cechach nieokreślonych, niecharakterystycznych lub zniekształconych przez zakażenie dodatkowe. Czasem spotykamy nadżerkę bez wyraźnego nacisku, kiedyindziej znów początek sprawy robi wrażenie uszkodzenia urazowego, które, potraktowane przez chorego lapisem lub innym środkiem żrącym, twardnieje, a nawet sprowadza obrzmienie sąsiednich gruczołów. Innym znów razem początek ma charakter opryszczkowaty; wykwity wówczas są liczne, drobne, lekko nacieczone. W tych przypadkach należy pamiętać o działaniu maści kalomelowej, zalecanej wystraszonemu i gotowemu do zwierzeń pacjentowi przez każdego niemal aptekarza. Niekiedy, rozpadające się pod wpływem środków żrących, wegetacje ulegają wtórnemu zakażeniu i symulują owrzodzenia złośliwe. Dodajmy do tego jeszcze odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia, obrzmienia, bolesności i zacieczenia części płciowych, a będziemy mieli wówczas obraz różnorodności zmian.

W wielu przypadkach typowy wygląd kliniczny wystarcza, aby zorjentować się w rozpoznaniu, lecz ileż razy staniemy wobec otwartego pytania, z czem właściwie mamy do czynienia?

I tu doświadczenie codzienne wysuwa tezę, którą każdy wenerolog winien mieć zawsze w pamięci: w obliczu jakiegokolwiek uszkodzenia na częściach płciowych zawsze należy myśleć o kile. Musimy zatem szukać cech stwardnienia pierwotnego w sposób systematyczny, poczynając od dokładnego ustalenia okresu wylęgania, obrazu anatomicznego, uwzględ-

nienia ewentualnej infekcji wtórnej, wpływu środków drażniących i t. d. Jeśli okoliczności pozwalają, należy posłużyć się metodą konfrontacji z osobą, podejrzaną o zakażenie.

Przy dzisiejszym stanie metod analitycznych nie jesteśmy zmuszeni czekać na zjawienie się objawów wtórnych, gdyż w badaniach mikroskopowych i odczynach serologicznych posiadamy cenne środki pomocnicze. Odczyn Wassermanna jednakże może mieć wartość najwcześniej w 15 — 20 dniu od chwili ukazania się wykwitu pierwotnego; w rzadkich tylko przypadkach wcześniej. Jeśli krętki zostaną wykryte — wszelkie wątpliwości odpadają. Najlepsze usługi pod tym względem oddaje badanie w ciemnem polu; przy prawidłowej technice i pewnej wprawie lekarz w sposób szybki i precyzyjny ustala rozpoznania niekiedy już przy pierwszej wizycie chorego. Odpowiedni aparacik jest bardzo prosty w użyciu i niekosztowny (autor metodą ultramikroskopową stwierdzał obecność krętków w 50% podejrzanych owrzodzeń). Jednorazowe badanie z wynikiem ujemnym nie jest jeszcze miarodajne; należy powtórzyć je po dwuch dniach w warunkach lepszych, a mianowicie, po szeregu kompresów z fizjologicznego roztworu soli, który oczyszcza dno owrzodzenia, a jednocześnie wywołuje większy dopływ cieczy surowiczej. Wreszcie, jeśli bezpośrednie badanie wykwitu pierwotnego zawodzi, możemy szukać krętków w płynie, wydobytym drogą nakłucia miejscowych gruczołów chłonnych (Hoffmann).

Badanie w ciemnem polu oraz odczyny serologiczne stanowią wielki postęp i pozwalają często na rozstrzygnięcie zagadnienia, które jeszcze do niedawna pozostawało otwarte, aż do wystąpienia osutki uogólnionej. Lecz byłoby niebezpiecznem mniemać, że pracownia przecina radykalnie wszelkie wątpliwości; znamy bowiem liczne przypadki, gdzie wyniki badań, mylnie interpretowane, były przyczyną ciężkich błędów. Błąd jest tem cięższy, że opiera się na gwarancjach aktualnej techniki naukowej. Nie trzeba zdaje się powtarzać, że tylko dane kliniczne, poparte badaniami laboratoryjnemi mogą wprowadzić lekarza na właściwą drogę. Jeśli badanie drobnowidzowe stwierdza laseczki Ducreya, lub częsty zespół lasecznika wrzecionowatego i banalnych krętków, tembardziej należy bacznie szukać ewentualnych oznak kiły. Niewystępowanie odczynu serologicznego nawet w 25 dniu po zjawieniu się wykwitu pierwotnego nie jest jeszcze sprawdzianem braku zakażenia, bowiem nierzadko zdarzają się przypadki opóźnionej reakcji.

Pozostaje pytanie, jak zachować się wobec podobnych niewyjaśnionych przypadków? Jeśli ponowne badanie daje wynik ujemny, lecz z tytułu ważkich klinicznych i etjologicznych przesłanek istnieje nadal podejrzenie zakażenia specyficznego, raczej należy natychmiast rozpocząć leczenie, niżli tracić cenny czas na grożące uogólnienie się sprawy. Choremu należy sytuację wyjaśnić i uprzedzić, że bierze na siebie odpowie-

działność i ryzyko dalszego czekania. I tu jeszcze raz trzeba podkreślić, że nie wolno przystępować do leczenia bez poważnej krytyki z punktu widzenia klinicznego; winno ono być stosowane tylko tam, gdzie, pomimo ujemnych badań pomocniczych, kiła wydaje się wielce prawdopodobna. Jeśli nasze wątpliwości nie mają racjonalnych podstaw, należy raczej powstrzymać się od leczenia specyficznego. Bezkrytyczne stosowanie leczenia przy lada zmianie na częściach płciowych jest nonsensem z punktu widzenia lekarskiego. Twierdzenie zaś, że wszak leczenie nie może zaszkodzić, jest oparte na nieznajomości rzeczy i braku odpowiedniego doświadczenia (crises mitroides, żółtaczki, wysypki posalwarsanowe).

Lecz posuńmy się dalej; z chwilą, kiedy chory rozpoczął leczenie, czujność lekarza nie powinna być uśpiona. Pomimo niewielkich szans znalezienia krętków, badanie można powtórzyć; w myśl bowiem niektórych autorów krętki znikają ze stwardnienia pierwotnego już po pierwszem wlewaniu salwarsanu. Wkrótce wykwit zaczyna się cofać. Rodzi się wówczas ponowne pytanie, czy było to stwardnienie pierwotne, które znikło naskutek leczenia specyficznego, czy też owrzodzenie natury niekiłowej, które ustąpiło w toku leczenia? I znów odpowiedź może być uzyskana tylko na podstawie szeregu odczynów serologicznych i późniejszego rozwoju klinicznego. Jeśli leczenie było podjęte wcześniej i możliwie energicznie, zjawienie się oznak drugorzędowych jest wątpliwe. Opieramy się wówczas na odczynie serologicznym, który należy powtarzać możliwie często, i który w większości przypadków pozostaje na stałe ujemny. W przeciwnym razie na 3-ci lub 4-ty tydzień, a niekiedy i wcześniej, po zjawieniu się wykwitu początkowego występuje nagle odczyn dodatni, który sprawę rozstrzyga i potwierdza podejrzenia pierwotne. Lecz bez względu na zachowanie się odczynu krwi obserwacja chorego musi trwać conajmniej od 9 do 12 miesięcy, aby wyłączyć i nie przeoczyć rzadkich wprawdzie, lecz zdarzających się niespodzianek.

* * *

Poglądy na sprawę leczenia kiły, pomimo dokładnej znajomości kliniki tego cierpienia i cennych pomocniczych metod rozpoznawczych, nie są ustalone i ulegają ustawicznej fluktuacji. Dość przypomnieć, że jeszcze donieđawna niektórzy syfilolodzy radzili czekać z rozpoczęciem leczenia aż do okresu osutki uogólnionej. Pogląd ten ostatnio staje się znowu aktualny; w świetle teorji o ochronnej czynności skóry (ezofiksja Hofmanna) nabiera on cech słuszności i ma swoich zwolenników w szeregach syfilidologów. Koncepcja ta oparta narazie na przesłankach czysto teoretycznych i niepoparta dotychczas odpowiednim materjałem doświadczalnym i statystycznym, nie posiada siły przekonywującej.

Myśl o przerwaniu kiły w samym jej zaczątku zajmowała już oddawna umysły badaczy. Próby wycinania lub wypalania podejrzanych zmian

pierwotnych nie dały niestety, spodziewanych wyników. Jad szybciej przedostawał się do organizmu, aniżeli zdążała interwencja chirurga Równie niefortunnie kończyły się próby przerwania choroby za pomocą wcierek rtęciowych, zastosowanych w okresie przedwysypkowym.

Dopiero wprowadzenie salwarsanu pchnęło lecznictwo kiły na nowe tory i uczyniło kwestję poronnego leczenia ponownie aktualną. Gdyby ideał Ehrlicha — *sterilisatio magna* — był urzeczywistniony, kiłę opanowanoby radykalnie. Po krótkim jednak okresie entuzjazmu nadzieje, pokładane w tym leku, zawiodły. Nie zmienia to jednak faktu, że w przeważającej liczbie przypadków kiły pierwotnej leczenie, podjęte niezwłocznie i w sposób energiczny, zapobiega uogólnieniu się objawów, nie dopuszcza do nawrotów i utrzymuje stale odczyn ujemny we krwi. Fakty te potwierdza długoletnia obserwacja chorych oraz stosunkowo znikomy odsetek nawrotów. Według Rosta na 3000 przypadków kiły leczonej w fazie ujemnego odczynu serologicznego, nawrotów było zaledwie 1,12% Inni autorzy, jak Hoffman i Mergelsberg, podają nieco wyższy odsetek — 4,4%. Lecz nawet i w tych nieudanych przypadkach, jak twierdzą ci sami autorzy, dawkowanie specyfików było niedostateczne, lub też nieuwzględnione zostały wszystkie wskazania do leczenia poronnego.

Pomimo tak efektownych i optymistycznych danych statystycznych kwestję leczenia poronnego musimy rozpatrywać z punktu widzenia bardzo surowej oceny naukowej. Już choćby dlatego, że wiemy, jak wcześnie następuje uogólnienie się jadu kiłowego i rozsianie krętków w ustroju, błędem byłoby uważać je za bezwzględnie skuteczne i zapewniać pacjenta o jego trwałym wyniku. Musimy pogodzić się z faktem, że brak objawów klinicznych, które możnaby wiązać z kiłą, oraz zmian serologicznych we krwi, nawet przez okres bardzo długi, nie jest jeszcze sprawdzianem, ani rękojmą ostatecznego wygaśnięcia procesu chorobowego. Przypadki powtórnego zakażenia po kuracji poronnej (*reinfectio*), które miałyby świadczyć o osiągniętem wyleczeniu, dadzą się tylko teoretycznie odróżnić od ewentualnego nadkażenia (*superinfectio*). Odczyn z odchyleniem dopełniacza musimy uważać jedynie za charakterystyczny, nie zaś za specyficzny dla kiły, zwłaszcza układu nerwowego. Znane są bowiem przypadki, gdzie, pomimo przeprowadzonego w idealnych warunkach leczenia poronnego i utrzymywającego się przez szereg lat odczynu ujemnego, nagle stwierdzamy odczyn dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym z mniej lub więcej dyskretnemi objawami kiły nerwowej (Nathan).

W ciągu ostatnich lat szereg poważnych syfilidologów, jak Finger, Kerl, Boas i inni stwierdzają fakty nieudanego leczenia poronnego. Radzą oni nie ograniczać się do jednego leczenia. Meirowski po pierwszem leczeniu stosuje drugie i trzecie, nazywając je „leczeniem zabezpieczającem". Już sam ten termin świadczy o zachwianiu się wiary

w bezwzględną skuteczność kuracji poronnej. Na ostatnim zjeździe syfilidologów i dermatologów francuskich przez usta Sabouraud a zdezawuowano oficjalnie metodę leczenia poronnego kiły.

Teoretycznie zatem sprawa zdaje się być wyczerpana, z praktycznego jednak punktu widzenia kwestja pozostaje nadal otwarta, czego dowodem że i dziś jeszcze wśród lekarzy spotykamy się z licznymi zwolennikami leczenia poronnego.

Co stanowi istotę leczenia poronnego i jakie jest najwłaściwsze określenie tej metody? Jest to leczenie salwarsanowe, podjęte we wczesnym okresie kiły pierwotnej, przy którem faza ujemna we krwi utrzymuje się nietylko na początku, lecz co ważniejsze, w toku i po zakończeniu leczenia. Przekładając to na język praktyki codziennej, nie wolno nam zapewniać pacjenta, że po jednem leczeniu poronnem uwolnimy go definitywnie od kiły, natomiast należy powiedzieć mu, że wczesny okres zakażenia pozwala na próbę leczenia poronnego i że jakkolwiek szanse wyleczenia są większe aniżeli w okresie późniejszym, to dopiero czas pokaże, czy próba się udała. I tu właśnie z całym naciskiem należy podkreślić rolę zachowania się odczynu krwi w toku i po leczeniu poronnem; jest to kwestja najistotniejsza.

Ponieważ dodatni odczyn zjawia się zazwyczaj w 6-ym tygodniu, do leczenia poronnego nadają się tylko te przypadki, gdzie zakażenie trwa nie dłużej, aniżeli 3 — 4 tygodnie. Niejednokrotnie zdarza się, że rozpocząwszy leczenie w ujemnym okresie serologicznym, nietylko nie uprzedzamy dodatniego odczynu, lecz, przeciwnie, leczeniem specyficznem przyspieszamy go. Wyjaśnienie tego zjawiska, zdaniem Miliana i Gennericha polega na tem, że najwidoczniej leczenie rozpoczęte zostało w momencie bliskim do przestrojenia serologicznego. Zmiana odczynu zdarza się najczęściej po drugiem lub nawet już po pierwszem wlewaniu salwarsanu. Zjawisko to zdaje się być analogiczne do objawu Herxheimera. Ponowna kontrola odczynu po drugiem wlewaniu nietylko z odchyleniem komplementu, lecz również metodami kłaczkującemi (odczyny Sachs-Georgi, Kahna i Citocholowy jako specjalnie czułe i wcześnie występujące, nadają się wyjątkowo dobrze do kontroli leczenia poronnego) jest zatem absolutnie niezbędna. Jej wynik będzie decydował o zachowaniu się lekarza na przyszłość w stosunku do danego przypadku oraz o wyborze metody leczniczej, dającej *maximum* gwarancję zapobieżenia nawrotom.

O znaczeniu wykrywania krętków w każdym przypadku wczesnego zakażenia oraz o trudnościach, jakie spotykamy pod tym względem, mówiliśmy już wyżej. Tłomaczenia, jak ważne jest wykrycie krętków dla podjęcia leczenia poronnego, wydaje się zbędne. Bez ustalonego ściśle rozpoznania leczenie wolno rozpoczynać tylko wówczas, kiedy dane wywiadu i wygląd kliniczny są wyjątkowo podejrzane. Zdaniem niektórych badaczy, w razie wątpliwego rozpoznania, należy raczej dopuścić do

ujawnienia się kiły, niżli podejmować leczenie; stracony czas wynagradza się później energicznem postępowaniem.

Zachowanie się okolicznych gruczołów chłonnych jest również ważnem wskazaniem co do wyboru metody leczniczej. Dziś wiemy, obrzęk gruczołów, jak również i stwardnienie pierwotne nie są zależne wyłącznie od miejscowego wpływu krętków, lecz prawdopodobnie od zmian allergicznych w zaatakowanej tkance. Świadczy o tem dodatni odczyn Wassermanna w cieczy surowiczej, otrzymywanej przez drażnienie owrzodzenia pierwotnego. Jak uczy doświadczenie kliniczne w przypadkach silnego odczynu ze strony gruczołów chłonnych leczenie poronne nie zapobiega nawrotom; wiemy bowiem, że najsilniejszy obrzęk gruczołów okolicznych przypada na okres zakażenia, kiedy ujemna faza serologiczna jest na granicy przejścia w dodatnią.

Wreszcie niezbędnym warunkiem dla przeprowadzenia leczenia poronnego, które wymaga intensywnego dawkowania specyfików, jest stan ogólny chorego. Wszystkie organy, a zwłaszcza nerki, muszą być bezwzględnie zdrowe, zaś takie cierpienia, jak gruźlica lub przewlekłe zatrucie alkoholem, są przeciwskazaniem.

Co się tyczy techniki i dawkowania leków, to wszyscy autorzy zgadzają się, że musi ono być energiczne, przyczem jedni polecają leczenie wyłącznie salwarsanowe, inni zaś łączą je z solami rtęci lub bizmutu. Ilość salwarsanu winna wynosić zależnie od wagi pacjanta, 5 — 7 gr. dla mężczyzny i 4 — 5 dla kobiety. Gougerot podaje dawkę 0,1 gr. na kg. wagi. Odstępy pomiędzy poszczególnemi wlewaniami nie powinny być dłuższe nad 3 dni.

Reasumując powyższe uwagi, dochodzimy do wniosku, że, nie posiadając dostatecznych sprawdzianów wyleczalności kiły, musimy traktować leczenie poronne, jako sferę możliwości przypadkowych. Jego wartość sprowadza się raczej do korzyści, jakie daje leczenie w okresie kiły najwcześniejszym i w sposób możliwie najenergiczniejszy. I jeśli tylko w 96 proc. przypadków uda się nam uprzedzić niebezpieczny dla otoczenia okres kiły drugorzędowej, to wystarczy, aby zrozumieć, jak ważne znaczenie dla higjeny społecznej może mieć uświadomienie szerokiej publiczności o korzyściach leczenia wczesnego.

ALEKSANDER KRAWCZYK.

Przegląd Felczerski, a paczka papierosów.

Dwa czy trzy lata temu na rocznem zebraniu Zjazdu Delegatów podczas referowania sprawy administracji „Przeglądu", kiedym przedstawił katastrofalny zgoła beznadziejny stan naszego pisma, wywiązała się na ten temat ożywiona dyskusja. Radzono,

debatowano, najprzeróżnorodniejsze projekty przedstawiano, widać było, że wszystkie bez wyjątku umysły pracują, omawiają jakimby tu sposobem zrobić aby wydawania „Przeglądu“ nie zaniechać, a przynajmniej nie przerywać tak, jak to było kilka lat temu wtedy, gdy Przegląd dla braku gotówki przez pół roku nie wychodził.

Jakie wówczas projekty na tym Zjeździe nie były poruszane?!

Słuchałem, patrzyłem i obserwowałem. Wśród wielu mówców, pamiętam, zabrał głos kolega Golachowski z Łodzi. Co było wtedy przezeń powiedziane, tego już dziś dokładnie nie pamiętam ale między innemi kiedy doszedł do omawiania warunków prenumeraty, odezwał się również z sarkazmem: ...„co zaś do prenumeraty „Przeglądu“... złotówka na miesiąc... paczka papierosów“...

Przy tych słowach rzucił z nonszalancją trzymaną w ręce paczkę z papierosami na stół.

Słowa te były ot, tak sobie, ad hoc powiedziane, nikt na nie uwagi nie zwrócił, przeszły one bez wrażenia; co do mnie jednak, to nic narazie nie odpowiedziałem, jednakże miałem wówczas uczucie jakby mnie ktoś silnie pięścią w pierś uderzył. Nic nie znaczące napozór te słowa do dnia dzisiejszego zapamiętałem i długo jeszcze pamiętać będę.

Obecnie znów stoimy pod znakiem zapytania. Niedość, że administracja „Przeglądu“ winną jest pieniądze zapożyczone trochę z Głównego Zarządu trochę z pierwszego Oddziału, ale niema, dosłownie niema w Kasie administracji jednej złotówki. Co robić? Jak w takich warunkach „Przegląd wydawać?! Tak, Szanowny Kolego Golachowski. My, felczerzy jesteśmy tak biedni, że nie możemy sobie pozwolić na taki „luksus“ jakim jest prenumerata „Przeglądu“, jesteśmy tak biedni, że nie stać nas nawet na wydanie jednej jedynej złotówki na kupno paczki papierosów na miesiąc. A wiesz Ty, zacny Kolego, że zaległych w prenumeracie od 3-ch do 15-stu złotych mamy 366 wyraźnie trzystu sześćdziesięciu sześciu kolegów na ogólną sumę 3133 złote? Tak się u nas „zarabia“!

Szanowni Czytelnicy! Pomóżcie na miłość boską, pomóżcie „Przeglądowi“ wyjść z tej opresji, oddajcie chociaż to, co jesteście nam winni, a nie — to zamknąć ten sklepik. Co nam tam Związek, co nam tam „Przegląd“. My tylko jedno słowo mamy na myśli: posada, posada i jeszcze raz — posada.

— Nie macie tam, kolego, jakiej wakującej posady?

— Jakto, czyżbyście byli bez miejsca?...

— E, nie posadę jedną mam... tylko... widzicie, staram się jeszcze o drugą. Chodzę, szukam i jakoś nic znaleźć nie mogę. Tak trudno dziś o posadę...

Przykre to, smutne, nad wyraz smutne, a przecież takie prawdziwe. Zapisywanie się do Związku z dziwną jakąś abnegacją przyjmujemy, nie doceniamy potrzeby zrzeszania się właśnie my, felczerzy, wówczas kiedy na nas z jednej strony czynniki rządowe z drugiej zaś — lekarze presje wywierają, kiedy nas w różnych pismach ironizują, ośmieszają. A przecież my jako korporacja kurczymy się, zamiast więc bronić się, być wiernym dewizie jeden za wszystkich wszyscy za jednego zamiast iść zgodnie zwartą ławą, zamiast się właśnie koniecznie ubiegać o zaszczyt zapisania się na członka Związku — my, przeciwnie, tym swoim zapisaniem się jakbyśmy łaskę Związkowi wyświadczali. Pomyślmy, jakbyśmy wyglądali, coby z nas dziś było gdyby nie Centrala i jej oddziały. Wystarczy uważnie przeczytać tylko od czasu do czasu wydane w „Przeglądzie“ komunikaty główniejszych prac Zarządu aby zdać sobie sprawę czem jest Zarząd Związku, co on dotychczas zdziałał. O tej olbrzymiej pracy i jej dotychczasowych wysiłkach pojęcie mieć może tylko ten, kto się jej choćby tylko zbliska przypatrzył. Pięć złotych miesięcznej składki członkowskiej zadużo?! A przecież muszę zdawać sobie dokładnie z tego sprawę, że te pięć złotych miesięcznie jestto cel mego utrzymania, mojej obrony, mojego bytu, mego istnienia i choć nas wszystkich w zawodzie jest naogół stosunkowo niewielu,

przecież gdybyśmy poczuwali się do obowiązku płacenia wszyscy bez wyjątku, gdybyśmy wszyscy regularnie wpłacali, stalibyśmy o całe niebo wyżej jeszcze, moglibyśmy więcej zdziałać. Co tu się wreszcie dziwić przeciętnemu zwyczajnemu członkowi Związku, kiedy wybrany członek nie może się pozbyć snobizmu, uzależnia swój udział w Zarządzie od wydrukowania w „Przeglądzie” swego artykułu. Tak, proszę kolegów! Zapewne — jest rzeczą bardzo nawet pożądaną a nawet konieczną aby Wasze prace były w „Przeglądzie„ pomieszczane, z drugiej jednak strony istnieje przecież komitet redakcyjny, który nad tem czuwać musi, który dla tych czy innych powodów danego artykułu mimo najszczerszej chęci umieścić niemoże i zgóry Was zato przepraszamy, nie obrażajcie się. To nie jest nasza fantazja to też musicie się temu podporządkować. Ileż to artykułów przezemnie napisanych komitet redakcyjny nie przyjął, a mimo to ja się nie zrażam. Mam się narazić na śmieszność lub na ironję — wolę aby go wcale nie wydrukowano. Od tego przecież komitet redakcyjny, te prace do publicznej wiadomości podaje albo też je odrzuca.

Wiem i dokładnie zdaję sobie sprawę, że wszystko wyżej opisane nie jest to temat nowy, pisało się o tem kilkakrotnie ale rok się kończy, nowy nastaje, musimy Was, koledzy, budzić do życia — musimy Wam ciągle przypominać› że im luźniej wśród nas tym gorzej dla Was — i przeciwnie.

* * *

Jeden z wielu. W ostatniej chwili Zarząd Główny znów otrzymał podanie jednego z felczerów, który będąc zaskarżony do sądu został ukarany grzywną 110 zł. — Kolega ów prosząc o poparcie ze strony Zarządu o wyratowanie go z tej sytuacji jednocześnie „przeprasza”, że dotychczas wprawdzie składek nie płacił, ale zato na „przyszłość“ obiecuje sumiennie wpłacać. Podając powyższe jako wypadek charakterystyczny nadmieniam jednocześnie, że podobnego rodzaju spraw mieliśmy już kilkanaście. Jak niewstyd w ten sposób kolegom postępować?! Czy to ładnie?

R ó ż n e.

Ocena papierosów beznikotynowych. Wobec ukazania się na rynku polskim monopolowych papierosów beznikotynowych, ocena tego artykułu staje się aktualną.

Na 27-em walnem zebraniu niemieckich chemików spożywczych rozpatrywano między innemi sprawę papierosów beznikotynowych i na podstawie porozumienia z kołami przemysłowemi zaproponował referent dr. Petri, aby w papierosach beznikotynowych zawartość nikotyny nie przekraczała 0,08%, a w papierosach pozbawionych częściowo nikotyny 0,2%. W dyskusji oświadczono, że dzisiejszy przemysł może z łatwością otrzymać towar, odpowiadający wyżej wymienionym wymaganiom.

Wobec nierozwiązania tej sprawy u nas, możnaby narazie opierać się na powyższych danych, uważając je jako tymczasowa orjentacyjne.

Czy istnieje powoli przebiegające ostre doustne zatrucie cjankiem potasu. *Walter Ernst* opisuje przypadek samobójstwa przy pomocy KCN, po którym śmierć nastąpiła po 12 dniach. Przez to chce obalić ogólnie przyjęte zapatrywanie jakoby doustne zażycie tej trucizny, jeśli wogóle ma przebieg śmiertelny, sprowadzało natychmiastową śmierć.

Utrwalenie roztworu wody utlenionej. Środki dotychczas do tego celu używane, jak np. kwas szczawiowy, mocznik, spirytus i t. p., utrwalają wodę utlenioną na krótki przeciąg czasu. Jak wynika z doświadczenia autora. 0,1% dodatek „Nipaginy” utrwala wodę utlenioną na przeciąg 3 lat. Nipagina okazała się więc doskonałym katalizatorem ujemnym. Nipagina ma jeszcze tę przewagę nad innymi środkami konserwacyjnemi, że

jest środkiem chemicznie obojętnym, nie wywołującym zabarwienia, ani nie zmieniającym własności utlenionej.

Uwagi o naparze z Radix Ipecacuanhae. Autorzy powyżsi zajmowali się ostatnio badaniem Inf. Rad. Ipecacuanhae, zwracając szczególnie uwagę w jakich warunkach alkaloidy, zawarte w korze wymiotnicy, przechodzą do roztworu i jak się zachowują roztwory wodne alkaloidów podczas zgęszczania.

1) Inf. Rad. Ipecacuanhae, zrobione według DABVI, zawiera wszystkie alkaloidy w stężeniu najwyżej 0,5:100, przy większej koncentracji naporu ilość alkaloidów się zmniejsza.

2) przy zagęszczanin naporu w próżni, zawartość alkaloidów się zmniejsza.

3) powrotne naparzanie surowca wodą nie prowadzi do całkowitej ekstrakcji alkaloidów.

4) Lepsze rezultaty zyskuje się; ekstrahując wodę z dodatkiem kwasu solnego.

5) Kwas solny, zwłaszcza w większych ilościach, uwalnia alkaloidy, zawarte w korze których jednak metodą DABVI nie można było określić.

9) Naparzanie przez dłuższy czas pez dodatku kwasu nie ma wybitnego wpływu a ilość wyekstrahowanych alkaloidów.

Własności lecznicze wina z jagód (Myrtillus). Własności lecznicze jagód czarnych w przypadkach schorzeń przewodu pokarmowego są rzeczą ogólnie znaną. Stosuje się wina z czarnych jagód w wypadkach rozwolnienia, biegunki i t. p., a lud używa okłady z liści jagody przy odparzeniach i wysiękach. Ostatnio wino z jagód poczęto stosować przy cukrzycy. Rozliczne stosowanie wina w lecznictwie ludowem zwróciło nań uwagę świata naukowego, a podjęte badania dały teoretyczne podstawy do zastosowania wina w lecznictwie. Wino posiada bowiem wszystkie warunki, sławiane dla nowoczesnego środka przeczyszczającego. Jest nieszkodliwe, pobudza przewód aż do kiszki grubej i odbytnicy nie drażniąc przytem prawie wcale przewodu pokarmowego. Wino działa w ten sposób, że absorbuje szkodliwe produkty rozkładu pokarmów, bakterje i toksyny zostają zaadsorbowane. Słabo antyseptyczne własności zapobiegają tworzeniu się nadmiernej flory przewodu pokarmowego, nie niszcząc przytem normalnej flory.

Rozmieszczenie i przemiana nikotyny w roślinie. Nikotyna, podobnie jak i inne, alkaloidy psiankowatych, nie jest równomiernie rozmieszczona w całej roślinie. Najmniej alkaloidów wykazują górne, najmłodsze liście, dolne liście zawierają maximum nikotyny, spodnie liście (piaskowe) zawierają najmniej nikotyny. Liście, u podstawy których rozwinęły się pędy boczne, wykazują trochę mniej nikotyny. Badanie wykazało, że większa część nikotyny tworzy się i zostaje zmagazynowana na tem samem miejscu. Badania nie wyświetliły kwestji, czy nikotyna zostaje zużyta jako surowiec do budowy złożonych związków o dużych cząsteczkach. Rozkład nikotyny odbywał się w zdrowych roślinach w bardzo małym stopniu. Czy rozkład nikotyny odbywał się aż do amonjaku, tego badanie nie zdołało jeszcze ustalić. Światło nie ma zasadniczego wpływu na tworzenie się nikotyny, chociaż rośliny oświetlone syntetyzowały energiczniej nikotynę, niż nieoświetlone. Przy odżywianiu proteinowem wykazały młode liście zwiększoną zawartość nikotyny, podczas gdy w starych liściach zawartość nikotyny się zmniejszała. Nadmierne pożywienie białkowe wpływa tylko pośrednio na zawartość nikotyny.

Przykre Stosunki.

Wzajemne stosunki pomiędzy lekarzami a felczerami z każdym rokiem zdają się coraz bardziej rozluźniać, antagonizm występuje coraz wybitniej i niedość, że jesteśmy w pracy swej skrępowani różnemi ustawami, rozporządzeniami niedość że jesteśmy przez lekarzy bojkotowani na każdym nieomal kroku, gdzie ciągle słyszeć się daje, że tu i owdzie w tej czy innej instytucji wydalono felczera przyjęto na jego miejsce sanitarjusza, — niedość tego wszystkiego, niektórzy panowie lekarze pozwalają sobie na nieprzyzwoite, nieetyczne wprost ordynarne wycieczki pod adresem felczerów— i co najważniejsze—dzieje się to zwykle przy łożu chorego. Niema nieomal tygodnia aby do zarządu głównego nie wpłyneło zażalenie felczera na lekarza, który mu nawymyślał od ostatnich, który nie żałował słów godnych zaiste... nie lekarza, któryby przy łóżku chorego wobec otoczenia zachowywał się wprost prowokacyjnie w stosunku do felczera. Wychodzi potem wzajemne wymyślanie sobie, a na to wszystko patrzy chory i jego otoczenie.

Przedewszystkiem musimy sobie uprzytomnić, że w takich wypadkach inicjatywę daje — lekarz, nigdy felczer. Zapewne, wkrótce następuje reakcja ze strony felczera ale jestto przecież zupełnie zrozumiałe trudno mi jest bowiem mnie, felczerowi nisko się ukłonić jeśli mi ktoś ubliży, tymbardziej jeśli ten ktoś jest lekarzem, z uniwerstyteckiem wykształceniem, człowiekiem od którego mam nietylko prawo ale wprost obowiązek żądać grzeczności, zwłaszcza jeśli on odemnie tej grzeczności wymaga.

Było to w Siedlcach, do jednego z kolegów idącego ulicą do chorego podeszło kilku ludzi z prośbą o udzielenie porady leżącemu w łóżku choremu, przy którym znajduje się lekarz. Narazie felczer, ów dowiedziawszy się, że jest tam lekarz, pójścia do chorego odmówił, jednakże kiedy nadbiegł jeszcze jeden człowiek nadmieniając że lekarz już poszedł, choremu zaś zrobiło się gorzej, felczer ów natychmiast zawrócił i poszedł do owego chorego. Całe to nieporozumienie trwało, jak twierdzi felczer, nie więcej niż trzy minuty.

Natychmiast jednak gdy wszedł do mieszkania został poprostu, jak pisze. napadnięty przez człowieka którego pierwszy raz w życiu widział.
Z początku, ponieważ było to mieszkanie szewca, sądziłem że mam do czynienia z czeladnikiem szewckim jednakże później, kiedy mu się ów człowiek przedstawił słowami; „pan jesteś felczer, pan musi mnie słuchać bo ja jestem doktór i ja pana wsadzę do więzienia, psiakrew!" — zrozumiał, że ma do czynienia z lekarzem.

Wszystko ma swoje granice ale żeby lekarz, młody jeszcze człowiek, miał lżyć człowieka zasług społecznych, człowieka mającego czterdzieści trzy lata praktyki felczerskiej, człowieka który przez dwadzieścia cztery lata pracując w szpitalu przez cały ten czas miał przecież możność stykania się i obcowania z różnymi lekarzami — wstyd, Panie doktorze!

Narazie felczer myślał, że ma do czynienia z czeladnikiem szewckim. Nie to, nie był czeladnik szewcki to był — lekarz, który „rozmawiał" z felczerem. Czy niektórzy p.p. lekarze uważają za stosowne w ten sposób z felczerami „rozmawiać"?

* * *

W 1868 roku w Paryżu Rigault pisał w „przyrodzie" (Nature): „Orzeł jakto ptak drapieżny, rabujący, nikczemny i okrutny żywi się mięsem innych słabszych ptaków pożera nawet jaja w ich gniazdach".

Ruch związkowy.

Wiadomości z Łodzi.

Życie Korporacyjne na terenie Łodzi, pomimo trudnych warunków bytowania w jakich znajdują się wszyscy obywatele, nie zamiera jednak i ilekroć zachodzi potrzeba zwołania zebrania, koledzy zawsze dość licznie zbierają się na posiedzenia, a nawet zamiejscowi jak z Pabjanic, Łasku, Zelowa, Brzezina, Aleksandrowa i Zgierza są obecni.

Dowodem takiego zainteresowania się sprawami zawodowemi było ostatnie Nadzwyczajne Zebranie członków oddziału Łódzkiego, na którem udział wzięło 40 osób.

Na porządku dziennym mieliśmy sprawy:

Zaznajomienie Kolegów z pracami Zarządu Głównego do dnia 11.XII r. b., oraz wyjaśnienie, jakie grozi im niebezpieczeństwo, gdyby wprowadzono w życie projekt rozporządzenia o karach administracyjnych dla felczerów.

Zebrani po wysłuchaniu powyższego na wniosek Zarządu Oddziału postanowili jednogłośnie wyrazić podziękowania za pracę całemu Prezydjum Zarządu Głównego i prosić o dalsze wysiłki w celu uchylenia projektu o Karach Administracyjnych.

Największem niedomaganiem felczerów na terenie Łodzi jest sprawa pracy felczerów w Kasie Chorych, która pomimo zawarcia umowy z Zarządem Kasy, nadal w szczegółach nie jest uregulowana.

Cały szereg miesięcy poświęcono tylko sprawom kasowym.

W wyniku obrad nad tym punktem porządku dziennego, wybrano z pośród Kolegów Kasowych dwóch delegatów: Bol. Kurnatowskiego, St. Wasilewskiego, którzy wraz z członkami Zarządu Oddziału będą mieli obowiązek załatwiać wszystkie tego rodzaju sprawy.

Korzystając z licznego zebrania, przedstawiciele firmy „Madaus” wygłosili pogadankę o oligoplexach dynamicznych, wysłuchaną z uwagą i wielkiem zainteresowaniem się temi środkami, których skuteczność częstokroć jest wybitna, a co potwierdzili sami koledzy obecni na zebraniu.

Nadmienić jeszcze muszę, że poczucie Kolegów do płacenia składek członkowskich, za małemi wyjątkami, poważnie wzrosło. Koledzy oddziału tutejszego zaczynają pojmować, że tylko jako zbiorowa jednostka możemy pracować nad poprawą tak moralnego, jak i materjalnego bytu naszego.

Jeżeli osiągniemy jeszcze jednomyślność i zrozumienie tych kolegów, którzy korzystając z owoców prac Związku, jednakże nie chcą należeć do niego, lub przyczyniają się do rozdwojenia jego spoistości, to śmiało powiedzieć będziemy mogli, że jesteśmy w jedności silni.

Po załatwieniu szeregu drobnych spraw posiedzenie zamknięto.

St. Pol
Przewodniczący Oddziału

Łódź 4.XI.1930 r.

Z żałobnej karty.

Dnia 27 września r. b. po długich i ciężkich cierpieniach rozstał się z tym światem długoletni członek naszego Związku

ś. p. KONSTANTY CZARNOCKI

Urodzony w roku 1855 dyplom felczera otrzymał w roku 1881-ym. Osiedliwszy się we wsi Mordy ziemi Siedleckiej mimo ciężkiej choroby do ostatnich nieomal chwil swego życia pełnił swe obowiązki zawodowe.

Pokój Jego duszy!

Wydawnictwa nadesłane.

Ukazała się w druku obszerna broszura p. t. *„Preparaty, wyd. V"*, zawierająca dwa działy, z których pierwszy — stanowi wykaz wszystkich specyfików i przetworów leczniczych produkowanych przez Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, z oznaczeniem składu chemicznego, dawkowania, wskazań leczniczych i stosowania omawianych leków, drugi dział obejmuje — *Przewodnik terapeutyczny*.

Broszura ta niezawodnie ułatwi p.p. lekarzom stosowanie krajowych leków zastępujących wytwory zagraniczne, co przyczyni się niezawodnie do podniesienia przemysłu fermaceutycznego w kraju, jak również wpłynie na podniesienie się naszego bilansu handlowego.

PRZEDRUK Z CZASOPISM.

HANSEN i MICHENFELDER. **Spostrzeżenia nad odczulającem leczeniem gorączki siennej w 1929 r.** (D. m. W. Nr. 5 1930).

Autorzy przeprowadzili ankietę wśród lekarzy w sprawie wpływu preparatu Helisen — wyciągi najrozmaitszych traw i ziół — na przebieg i wyleczenie gorączki siennej. Przypadków gorączki siennej, objętych ankietą, było 109. Tylko u 73 osobników stwierdzono wrażliwość na wymienione wyciągi ziół przez nacieranie naskórka i wprowadzenie tą drogą wyciągów do organizmu.

Autorzy przestrzegają przed badaniem uczulenia za pomocą podskórnego wstrzykiwania, gdyż u niektórych ludzi może powstać b. ciężki wstrząs pomimo wprowadzenia bardzo rozcieńczonych roztworów 1 : 10000.

W przypadkach wątpliwych należy badania na uczulenie organizmu przeprowadzić przy niskim stanie barometru, przy wysokim bowiem stanie barometru odczyny wypadają słabsze, a nawet stają się ujemne. Również na skórze uprzednio naświetlanej odczyny wypadły słabiej. Dokładne określenie przeprowadzenia właściwego leczenia swoistego.

Leczenie swoiste przeprowadzono tylko u 65 osobników, przyczem w 53 przypadkach otrzymano poprawę, z tego w 40 przypadkach zupełne wyleczenie.

Leczenie gorączki siennej wyciągami nieswoistemi bez uprzedniego badania odczynów skórnych jest niewskazane.

Wpłacajcie prenumeratę na 1931 r.



Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.